

Die neue Selbstorganisation des Gesundheitssystems

Düllings, Josef

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Düllings, J. (1997). Die neue Selbstorganisation des Gesundheitssystems. *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, 20(4), 309-318. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-36719>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.



Die neue Selbstorganisation des Gesundheitssystems

Josef Düllings

1 Vorbemerkung

Nach Aussage des Bundesgesundheitsministeriums hat die Politik seit 1977 über 6 800 Einzelregelungen verabschiedet, ein Regelungsgestrüpp, das vielfach auf eine Fremdorganisation der Prozesse des Gesundheitssystems abzielte und letztlich scheiterte. Eine dauerhafte Stabilisierung der Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) konnte trotz zuletzt rigider staatlicher Budgetierung insbesondere durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) 1993 und im Krankenhausbereich durch das Stabilisierungsgesetz (StabG) 1996 nicht erreicht werden. Im Zuge einer sich verstärkenden „Globalisierung“ und vor dem Hintergrund der selbst gesetzten Maastricht-Kriterien wird diese Stabilisierung aber nach wie vor benötigt.

Die neue Parole heißt „Vorfahrt für die Selbstverwaltung“. Mit der im Juni 1997 verabschiedeten „3. Stufe der Gesundheitsreform“ (1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz - 1. und 2. NOG) ist eine Wende zu verzeichnen. Es sollen größere Schritte in Richtung Selbstorganisation ermöglicht werden. Man erwartet, daß die Akteure im Gesundheitssystem aufgrund größerer Problem- und Sachnähe eher in der Lage sind als der Staat, die zentralen Probleme zu lösen und auch zur Beitragssatzstabilität der Krankenkassen beizutragen.

Die folgenden Überlegungen sind aus tagespolitischer Sicht und aus dem Blickwinkel des sozialen Überlappungsbereichs von Gesundheitssystem und politischem System formuliert. Im Vordergrund steht das Interesse an den Ursachen des Scheiterns der Fremdorganisation und an den Ausprägungen und möglichen Auswirkungen einer von der Politik verordneten neuen Selbstorganisation des Gesundheitssystems. Der Schwerpunkt der Betrachtungen liegt auf dem Krankenhausbereich.

Das Gesundheitssystem soll hier als Teilbereich der Gesellschaft verstanden werden, der im Hinblick auf die Finanzentwicklung der GKV in einem zumindest problematischen,

wenn nicht gar riskanten Interaktionsprozeß mit anderen innergesellschaftlichen Teilsystemen wie Bildungs-, Wirtschafts-, Wissenschaftssystem und politischem System steht (vgl. Düllings 1991; 1993). Dieser Risikoprozeß hat gesellschaftsweite Relevanz, da immerhin ca. 90 % der Bevölkerung in der GKV versichert sind.

2 Das Scheitern der Fremdorganisation

Das GSG führte für 1993 bis 1995 eine Budgetierung ein, die jeweils getrennt für die Sektoren der ambulanten, medikamentösen und stationären Versorgung zur Anwendung kam. Nach dem Willen des Gesetzgebers konnten jedoch im Krankenhausbereich in begrenztem Umfang Mehrkosten außerhalb des individuellen Budgets geltend gemacht werden, u.a. infolge zusätzlichen Personals aufgrund der Pflegepersonalregelung, deren Ziel die Behebung des Pflegenotstandes war.

Die Fortschreibung der sektoralen Budgets erfolgte mit Hilfe der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen. Diese Veränderungsrate wurde jährlich durch das Bundesgesundheitsministerium vorausgeschätzt und im Folgejahr auf Grundlage der Rechnungsergebnisse der Krankenkassen endgültig ermittelt. Die Kostenentwicklung sollte linear aus dem politischen System heraus gesteuert werden.

Folgende Entwicklungen haben sich im Krankenhausbereich gezeigt:

- In den ersten sieben Monaten 1993 stieg die Frequenz der Krankenhauseinweisungen um 10 %. Niedergelassene Ärzte wiesen vor allem Patienten mit besonders schweren und in der Pharmakotherapie teuren Erkrankungen ein (vgl. Schulenburg/Schöffski 1993).
- Nach einer Umfrage der DKG von 1993 gaben über 21 % der Krankenhäuser für das 1. Halbjahr 1993 eine erhöhte Einweisungsfrequenz der niedergelassenen Ärzte an. Es wurden ebenfalls vermehrt Patienten mit schwereren Erkrankungen verzeichnet (vgl. Düllings 1994).
- Nach einer DKG-Umfrage von 1995 hat die Zahl der von niedergelassenen Ärzten eingewiesenen Patienten im Alter von über 65 Jahren von 1993 bis 1994 um 5 % zugenommen (vgl. Düllings 1995).
- Allein 1995, im letzten Jahr der GSG-Budgetierung, stieg die Zahl der stationären Patienten nach Angaben des Statistischen Bundesamtes um über 375 000 auf einen Höchststand von rd. 15 Mio. Bei einem Zuwachs von 2,6 % wurde damit die höchste jährliche Steigerungsrate seit 1990 verzeichnet. Über 70 % der stationären Fälle werden durch niedergelassene Ärzte veranlaßt.
- Nach Simon (1995) haben kleinere private Krankenhäuser (infolge der Individualbudgetierung) zumindest in relevanten Teilbereichen eine Strategie der Entlastung von 'schlechten Risiken' betrieben. Die Zunahme der Verlegungen

zwischen den Krankenhäusern ging 1993 zu Lasten der öffentlichen Allgemein-
krankenhäuser höherer Versorgungsstufen.

Insgesamt verweisen die Studien auf erhebliche Wirtschaftlichkeitsverluste durch Umlenkung der Patientenströme in höhere Versorgungsstufen sowie durch Verschiebungen von ambulanter zu stationärer Versorgung. Das Wirtschaftlichkeitsgebot und der Grundsatz „ambulant vor stationär“ wurden durch das GSG teilweise auf den Kopf gestellt. Hätte sich die Ausgabenentwicklung im Krankenhausbereich von 1993 bis 1995 im Rahmen der beitragspflichtigen Einnahmen bewegt, wären nach Angaben des BMG (1996) die Ausgaben für den Krankenhausbereich 1995 um rd. 7,2 Mrd. DM niedriger ausgefallen.

Trotz der GSG-Budgetierung verzeichnete die GKV somit Ende 1995 ein Defizit von rd. 7 Mrd. DM, das neben steigenden Leistungsausgaben auch auf geringere Zuwächse bei den Einnahmen der Krankenkassen infolge des Rentenreformgesetzes 1992 zurückgeführt wurde. Zum Ausgleich der Defizite hoben nahezu alle Krankenkassen ihre Beitragssätze an. Damit trat das Gegenteil von dem ein, was politisches Steuerungsziel war und anfänglich aufgrund der rigiden staatlichen Vorgaben auch realisierbar erschien.

Der Krankenhausbereich stand Ende 1995 im Zentrum der Kritik. Anlaß waren neben erhöhten Ausgaben in 1995 auch Forderungen der Krankenhäuser zur Instandhaltungsfinanzierung, die in die Budgets für 1996 einfließen sollten. Die Instandhaltungsfinanzierung der Länder war seit 1993 durch ein Bundesverwaltungsgerichtsurteil ausgesetzt worden, wodurch sich ein Investitionsbedarf von ca. 3,5 Mrd. DM angestaut hatte.

Trotz der auch im Krankenhausbereich schwierigen Situation ging es der Politik primär um eine Stabilisierung der GKV-Beitragssätze. Die Budgetierung wurde im Krankenhausbereich isoliert und in verschärfter Form, d. h. ohne Ausnahmetatbestände, fortgesetzt. Mehrleistungen infolge erhöhter Einweisungen mußten die Krankenhäuser selbst tragen. Die Rahmenbedingungen gab das Stabilisierungsgesetz 1996 vor.

Allerdings hat auch diese Extremmaßnahme die erhofften Einsparungen nicht erbracht. Die Krankenausgaben blieben zwar mit einem äußerst moderaten Anstieg von 0,4 % gegenüber 1995 (im Westen gingen sie sogar zurück) deutlich unter dem Einnahmewachstum von 1,4 %. Ende 1996 verzeichnete die GKV jedoch erneut ein erhebliches Defizit (rd. 6,3 Mrd. DM), das im wesentlichen auf höhere Steigerungsraten diesmal im ambulanten Sektor zurückging.

Insgesamt ist die insbesondere seit 1993 verfolgte Fremdorganisation des Gesundheitssystems mit Hilfe von Budgetierungsmaßnahmen gescheitert. Die zuletzt verwandten Instrumente rigider staatlicher Budgetierung haben sich aufgrund der vielfältigen nicht intendierten Nebenwirkungen als untauglich für eine effektive Steuerung des Gesundheitssystems erwiesen (vgl. Düllings 1996). Zu nennen ist noch das Anfang 1997 in Kraft getretene Beitragsentlastungsgesetz, das eine Einnahmenbudgetierung, d. h. Absenkung der Beitragssätze der GKV um 0,4 % zum 1.1.1997 vorschrieb. Die Ausweichreaktion

der Krankenkassen bestand in einer vorgezogenen Beitragssatzerhöhung zum 1.12.1996 um 0,4 %, womit zu Beginn des Jahres 1997 der Status Quo wieder hergestellt wurde. Die Budgetierungspolitik aufgrund externer staatlicher Instrumente wurde im Rahmen der 3. Stufe der Gesundheitsreform nicht fortgesetzt. Die 3. Stufe kann daher als Wendepunkt in der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems betrachtet werden.

3 Strukturen der Selbstorganisation

Hintergrund der aktuellen Reformen ist bekanntlich die Debatte um die Höhe der Lohnnebenkosten und die Sicherung des Wirtschaftsstandortes Deutschland. Die Summe der Beitragssätze zur Sozialversicherung (Renten-, Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung) liegt zur Zeit bei rd. 42 % des Bruttolohn/-gehalts. Nach dem Willen der Bundesregierung soll diese Quote bis zum Jahr 2000 wieder unter 40 % gesenkt werden. Damit besteht ein weitergehendes Interesse, auch die Beitragssätze der GKV zu senken oder zumindest zu stabilisieren. Entgegen dieser Zielsetzung haben die Beitragssätze derzeit ein Niveau von durchschnittlich 13,7 % erreicht (August 1997).

Ausgangspunkt ist somit weiterhin eine fiskalpolitische Betrachtung durch den Fokus auf die Beitragssatzstabilität. Die Politik hat jedoch ihre Instrumente ausgetauscht. Wesentliche Elemente der 3. Reformstufe sind die „Vorfahrt für die Selbstverwaltung“ und „mehr Eigenverantwortung“.

Unter dem Stichwort "mehr Eigenverantwortung" wurde die Grundentscheidung getroffen, Finanzierungsprobleme in der Krankenversicherung nicht mehr voll auf die Lohnnebenkosten abzuwälzen, sondern auch durch eine höhere Eigenbeteiligung der Versicherten abzufangen. Dies soll im wesentlichen über einen mit dem 1. NOG eingeführten Kopplungsmechanismus realisiert werden. Dieser verbindet eine Beitragssatzerhöhung einer Krankenkasse von z. B. 0,1 %punkt mit einer Erhöhung der Zuzahlung um 1 DM bzw. bei Prozentbeträgen um 1 Prozentpunkt. Die mit dem 2. NOG von 12 auf 17 DM je Tag (alte Bundesländer) erhöhte Zuzahlung für Krankenhausbehandlung in den ersten 14 Tagen würde bei einer Beitragssatzerhöhung einer Kasse von z. B. 13,7 auf 14 % von 17 auf 20 DM je Tag steigen. Dem Versicherten wird dann jedoch ein außerordentliches Kündigungsrecht eingeräumt. Dies kann er nutzen, um zu einer Kasse mit einem niedrigeren Beitragssatz zu wechseln.

„Vorfahrt für die Selbstverwaltung“ heißt Übertragung von Regelungskompetenzen des Staates auf die Selbstverwaltungsebene, d. h. Verbände, die im Schnittstellenbereich von Politik und Gesundheitssystem agieren. Für den Krankenhaussektor sind im wesentlichen drei Bereiche zu nennen:

1. Die 3. Reformstufe sieht weiterhin eine Anbindung der Krankenhausaussgaben an die Einnahmenentwicklung der Krankenkassen vor. Für die Steigerung der Krankenhausbudgets im Jahre 1997 wurden in Anlehnung an die vereinbarten

Gehaltssteigerungen für die Angestellten im öffentlichen Dienst Steigerungsraten von 1,3 % für die alten Bundesländer und 2,3 % für die neuen Bundesländer gesetzlich festgelegt. Zusätzlich werden Instandhaltungsmittel über einen Zuschlag von 1,1 % zum Budget finanziert, den die Kassen durch Erhebung eines Sonderbetrages von 20 DM jährlich bei ihren Versicherten refinanzieren.

Für die Folgejahre, d. h. ab 1998, haben jedoch die GKV-Spitzenverbände, der PKV-Verband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) den gesetzlichen Auftrag, die geschätzte Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen als Obergrenze für die Krankenhausbudgets selbst zu vereinbaren. Möglich sind leistungsorientierte Ausnahmen, z. B. Fallzahlenanstieg. Diese Rate ist dann für jedes Krankenhaus unmittelbar verbindlich. Im Falle der Nichteinigung ist die Konfliktlösung durch die neu ins Gesetz aufgenommene Bundesschiedsstelle vorgesehen. Die Bundesschiedsstelle besteht aus einem neutralen Vorsitzenden, einem Stellvertreter, einem Beisitzer und aus Vertretern von DKG, GKV und PKV. Staatliche Institutionen sind nicht vertreten.

2. Neben der Vorausschätzung der Veränderungsrate ist die Pflege und Weiterentwicklung der Kataloge für Sonderentgelte und Fallpauschalen eine neue Selbstverwaltungsaufgabe. Hierfür bilden DKG und GKV einen neuen Ausschuß für Vergütungsfragen, der die Höhe und Fortschreibung der Punktrelationen für Fallpauschalen und Sonderentgelte (ca. 220 Leistungspositionen) festlegt sowie neue Entgelte entwickelt. Auch hier wird im Falle der Nichteinigung die Bundesschiedsstelle angerufen.

Die Umstellung des Vergütungssystems im Krankenhausbereich vom tagessgleichen Pflegesatz auf Fallpauschalen und Sonderentgelte, die z. Z. gut 20 % des Krankenhausbudgets umfassen (rd. 20 Mrd. DM jährlich), wurde 1995 zunächst freiwillig und ab 1996 verbindlich für alle Krankenhäuser realisiert. Bis Ende 1997 liegt die Weiterentwicklung des Vergütungssystems noch in der Zuständigkeit des Bundesgesundheitsministeriums. Ab 1998 geht die Zuständigkeit auch hier auf die Selbstverwaltung, d. h. GKV, PKV und DKG über.

3. Mit der 3. Reformstufe wurden ebenso die gesetzlichen Grundlagen zur Durchführung von Modellvorhaben deutlich erweitert (§§ 63 - 65 SGB V). Auch dies sind Möglichkeiten der Selbstorganisation im Gesundheitssystem. Denn die Akteure auf der Versorgungsebene können neue Leistungs-, Vergütungs- und Organisationsmodelle abweichend von bestehenden gesetzlichen Regelungen für längstens acht Jahre erproben. Haben sich diese neuen Modelle bewährt, sollen sie in die Regelversorgung übernommen werden und so schrittweise und selbsttätig das System von unten verbessern. Die Initiative geht nicht von Politik und Gesetzgeber, sondern von den Akteuren auf der Versorgungsebene aus. Die erweiterten Spielräume wurden bislang eher im niedergelassenen Bereich genutzt. Künftig werden aber auch Krankenhäuser Modellhaben durchführen, etwa zur Verbesserung der ambulanten

Notfallversorgung nachts und an Wochenenden oder der tagesklinischen und kurzstationären Behandlung am Krankenhaus.

4 Auswirkungen zunehmender Selbstorganisation

Das neue Paradigma der Selbstorganisation muß im Kontext eines neoliberalen Megatrends verstanden werden, der nicht nur die Politik und das Gesundheitssystem, sondern weite Teile der Gesellschaft erfaßt hat und sich voraussichtlich noch verstärken wird. Die Hauptakteure der Selbstorganisation im Gesundheitssystem (Individuen ebenso wie Institutionen) haben zunächst höhere Kosten zu tragen, aber auch größere Gestaltungsspielräume. Diese dürften erst allmählich genutzt werden, da die Gewohnheit an Fremdorganisation sehr verbreitet und strukturell noch deutlich verankert ist. Dies gilt nicht zuletzt für den Krankenhaussektor, der durch ein rund 20-jähriges Selbstkostendeckungsprinzip (von 1972 bis 1992) und zuletzt staatliche Budgetierung (1993 bis 1996) weitgehend ab extra reglementiert wurde. Was sind die wesentlichen schon jetzt erkennbaren Auswirkungen der künftig zunehmenden Selbstorganisation?

Von der Koppelung der Beitragssatzerhöhung mit einer Erhöhung der Zuzahlung ist zweierlei zu erwarten. Zum einen verabschiedet sich die Politik damit von ihrem bisherigen Anspruch, alles, was medizinisch notwendig sei, müsse solidarisch über die Beiträge zur GKV bezahlt werden. Während in der Vergangenheit Kostendämpfung das oberste Prinzip der Gesundheitspolitik war, rückt jetzt die Erschließung neuer Finanzierungsquellen in den Vordergrund, um wachsende Gesundheitsausgaben und damit auch neue Dienstleistungsarbeitsplätze bezahlen zu können (vgl. Schmitz 1997). Im internationalen Vergleich ist das Zuzahlungsniveau in Deutschland bislang eher niedrig.

Nach Berechnungen des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen (vgl. Sussenburger 1997) mußten die GKV-Versicherten 1996 ca. 3 Mrd. DM als Eigenanteil in den Apotheken zuzahlen. In 1997 rechnet man mit ca. 5,5 Mrd. DM und für 1998 mit einem Anstieg auf rd. 7 Mrd. DM Eigenanteil, da die zum 1.7.1997 erhöhten - nach Packungsgröße gestaffelten Zuzahlungen von 9, 11 und 13 DM im gesamten Jahr gelten. Die innerhalb von drei Jahren mehr als verdoppelten Zuzahlungen dürften dazu führen, daß die GKV-Versicherten 1998 schätzungsweise rd. 20 % der gesamten Arzneimittelausgaben von dann rd. 35 Mrd. DM direkt zahlen, nach rd. 9 % in 1996.

Nicht berücksichtigt sind in diesen Mehraufwendungen die Zuzahlungen in anderen Bereichen, etwa Krankenhaussektor, und die Erhöhungen von Zuzahlungen infolge von Beitragssatzerhöhungen. Künftig dürfte ein erhebliches Mittelvolumen von der gesetzlichen Krankenversicherung auf den privaten Bereich verlagert werden. Bereits im Juli 1997 wurde infolge der einmaligen Anhebung des Zuzahlungsniveaus im 2. NOG um 5 % bzw. 5 DM ein deutlicher Anstieg der Teuerungsrate auf 1,9 % gegenüber dem Vorjahr verzeichnet. Rund 0,3 Prozentpunkte sollen auf diese Anhebung zurückzuführen sein.

Die andere mögliche Folge des Koppelungsmechanismus könnte sich im Bereich der GKV-Strukturen abspielen. Von dem Mechanismus verspricht man sich einen verstärkten Wettbewerb unter den Krankenkassen, da die Versicherten im Falle einer Beitragssatzanhebung das Recht haben, ihrer Krankenkasse kurzfristig zu kündigen und in eine Kasse zu wechseln, die einen niedrigeren Beitragssatz aufweist.

Ein wesentliche Auswirkung des Sonderkündigungsrechts konnte man bereits im dritten Quartal 1997 beobachten. So hat etwa die BKK für Heilberufe mit einer offensiven Strategie der Mitgliederwerbung und einem Beitragssatz von nur 11,9 % ihre Mitgliederzahlen innerhalb weniger Monate auf rd. 26 000 verdoppelt (BKK 1997). Der Beitragssatz liegt um 2 Prozentpunkte unter dem Beitragssatz z. B. der Barmer Ersatzkasse (13,9 %), was bezogen auf die Versicherungspflichtgrenze von jährlich 73 800 DM für den Arbeitnehmer eine Entlastung von 737 DM jährlich netto bedeutet.

Zu erwarten ist also eine steigende Fluktuation unter den Versicherten und ein verstärktes Bestreben der Krankenkassen, die Beitragssätze möglichst zu senken. Aber nicht alle Kassen können derart niedrige Beitragssätze anbieten. Eine wesentliche Ursache dürfte auch in einer Beharrungstendenz interner Strukturen liegen: Mitgliederstrukturen, z. B. überwiegend Rentner, Arbeitslose etc. oder auch eine Vielzahl kostenträchtiger Geschäftsstellen vor Ort, Merkmale, die insbesondere auf die Ortskrankenkassen zutreffen.

Im Oktober stand die schwierige finanzielle Situation der Ortskrankenkassen in den neuen Bundesländern in der Diskussion, wobei ein Ost/West-Ausgleich innerhalb der GKV vorgeschlagen wurde. Die Barmer Ersatzkasse hat dies abgelehnt. Die finanziellen Probleme der Ortskrankenkassen sind derzeit Thema von Gesprächen der Selbstverwaltungspartner mit Minister Seehofer.

An dem Beispiel wird klar, daß Konkurse von Krankenkassen künftig nicht mehr auszuschließen sind. Der Wandel der GKV-Strukturen dürfte dann vermehrt auch über Neugründungen von Krankenkassen mit niedrigeren Beitragssätzen und flexibleren Strukturen erfolgen. Die BKK für Heilberufe z. B. ist eine solche Neugründung aus dem Jahre 1996.

Die im Krankenhausbereich gestellten Weichen in Richtung mehr Selbstverwaltung zielen im Grundsatz auf eine Steuerung der Leistungserbringung und Kosten über Verhandlungsstrukturen (Bundesschiedsstelle, Vergütungsausschuß) ab. Eine schlichte Folge ist zunächst die Schaffung von mehr Stellen in den beteiligten Verbänden sowie eine Erhöhung der Mitgliedsbeiträge zur Wahrnehmung der Selbstverwaltungsaufgaben. Damit dürfte ein Anstieg des Verwaltungskostenanteils eintreten, der in der GKV zur Zeit noch bei rd. 5 % liegt.

Abzuwarten bleibt, ob die Selbstverwaltungspartner tatsächlich sachadäquatere Lösungen finden. Hier gibt es erfolgreiche und weniger erfolgreiche Beispiele. So haben etwa die langwierigen Verhandlungen zur Personalbemessung im Pflegedienst auf Bundesebene Anfang der 90er Jahre nicht dazu geführt, im Selbstverwaltungswege ein Lösung des Problems des Pflegenotstandes herbeizuführen. Der Gesetzgeber hat auf-

bauend auf den Vorarbeiten der Selbstverwaltungspartner Ende 1992 die oben bereits erwähnte Pflegepersonalregelung verabschiedet.

Ein anderes Beispiel sind die durchweg gescheiterten Verhandlungen über die Punktwerte der Fallpauschalen und Sonderentgelte auf Landesebene Ende 1994/Anfang 1995 unmittelbar vor Inkrafttreten der neuen Bundespflegesatzverordnung 1995. Ein abgesehen von 1996 überwiegend verlässliches Verfahren der Selbstverwaltung sind die jährlichen Budgetverhandlungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern.

Die 3. Stufe der Gesundheitsreform bedeutet insgesamt, daß der Staat in Deutschland seinen Rückzug aus dem Gesundheitswesen eingeleitet hat und die Repräsentanten der Akteure der Versorgungsebene (Verbände von Krankenkassen, Ärzten, Krankenhäusern, Apotheken, Pharmaunternehmen etc.) ihre Lösungen für das Gesundheitssystem selbst finden müssen. Der Rahmen ist nach wie vor die Beitragssatzstabilität.

Das selbsttätige Finden von Lösungen bedeutet aus zweierlei Gründen zunächst eine Erschwernis. Zum einen steigt der Aufwand für Verhandlung und Konsensfindung. Zum anderen können Legitimationsprobleme zwischen politischer Ebene (Verbände) und Versorgungsebene dahingehend entstehen, daß bei mißlungenen Lösungen nicht mehr mit dem Finger auf den Gesetzgeber gezeigt werden kann, sondern die Verantwortung nach innen selbst übernommen werden muß.

Der große Vorteil der neuen Selbstorganisation liegt jedoch im größeren Entscheidungsspielraum und in den größeren Möglichkeiten, die Versorgung qualitativ zu verbessern und kostengünstiger zu gestalten. Dazu dürften nicht zuletzt die Modellvorhaben nach §§ 63 - 65 SGB V beitragen, die eine Vielzahl von Möglichkeiten zulassen, gerade weil sie außerhalb bestehender rechtlicher Regelungen wie Teile des SGB V und Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbart werden können. Mit einem Anteil der Gesundheitsausgaben in Deutschland laut OECD von 10,4 % am Bruttoinlandsprodukt liegt das deutsche Gesundheitssystem mittlerweile (1995) nach den USA (über 14 %) an zweiter Stelle von 27 OECD-Ländern gefolgt von der Schweiz und Frankreich. Damit dürfte durchaus noch Spielraum für Verbesserungen bestehen, die abhängig sind von der Innovationsfähigkeit der Akteure auf der Selbstverwaltungsebene wie auch auf der Versorgungsebene. Wesentliche Rahmenbedingungen für eine Suche nach besseren Lösungen hat die Politik vorgegeben. Zu hoffen ist, daß dieses neue Experiment gelingt und vor allem den Versicherten und Patienten zu Gute kommt. Die Entwicklung der Zuzahlungen erfordert allerdings eine ständig prüfende Beobachtung im Hinblick auf ihre Sozialverträglichkeit.

Literatur:

- BKK, 1997: BKK für Heilberufe, Nr. 3, September 1997.
- BMG, 1996: Pressemitteilung Nr. 22: Seehofer: Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1995 zwar besser als erwartet - aber Handlungsbedarf besteht unverändert fort, 5. März 1996.
- Düllings, J., 1991: Systemtheoretische und empirische Analyse der Krankenhausinanspruchnahme, Duncker & Humblot, Berlin.
- Düllings, J., 1993: Die Kostenexpansion des Gesundheitssystems als Risikoprozeß, Sozial- und Präventivmedizin 38, S. 239-244.
- Düllings, J., 1994: Auswirkungen des GSG im Krankenhausbereich. Ergebnisse der DKG-Herbstumfrage 1993, das Krankenhaus, Heft 3, S. 110-114.
- Düllings, J., 1995: DKG-Umfrage zur Leistungsentwicklung im Krankenhaus 1993 bis 1996: Fallzahlenanstieg, Zunahme der neuen Behandlungsformen, personelle Verzahnung ohne Perspektiven, das Krankenhaus, Heft 11, S. 523-527.
- Düllings, J., 1996: Die Budgetierung des Krankenhaussektors: Fallstudie über Fallstricke eines falschen Paradigmas, S. 189-208 in: Düllings, J. u. a.: Von der Budgetierung zur Strukturreform im Gesundheitswesen, (R. v. Decker's Verlag), Heidelberg.
- Schmitz, H., 1997: Am Wendepunkt, Handelsblatt vom 13.06.1997.
- Schulenburg, J.-M. Graf v. d.; O. Schöffski, 1993: Auswirkungen des Gesundheitsstrukturgesetzes auf das Überweisungs- und Einweisungsverhalten von Primärärzten, Diskussionspapier Nr. 34 des Instituts für Versicherungsbetriebslehre, Universität Hannover, Hannover.
- Simon, M., 1996: Die Umsetzung des GSG im Krankenhausbereich: Auswirkungen der Budgetdeckelung auf die Aufnahme- und Verlegungspraxis von Allgemeinkrankenhäusern. Die Analyse des Jahres 1993. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften Heft 1, 1996, S. 20-40.
- Sussenburger, J., 1997: Ein starker Aderlaß, Kölner Stadt-Anzeiger v. 26.08.1997.

Dr. Josef Düllings

Deutsche Krankenhausgesellschaft

Tersteegenstr. 9

40474 Düsseldorf

Tel. 0211/45473-203

Fax. 0211/45473-61

Josef Düllings, Dipl.-Soz., Dr. rer. soc., geb. 1959. Studium der Soziologie an der Universität Bielefeld (1981-85), wissenschaftlicher Mitarbeiter an der FU Berlin (1985-92), Promotion 1990, seit 1992 Referent für Krankenhauspolitik und -ökonomie bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Düsseldorf. Diverse Aufsätze in Fachzeitschriften und Sammelbänden. Buchpublikationen: Systemtheoretische und empirische Analyse der Krankenhausinanspruchnahme (Duncker & Humblot, 1991), Von der Budgetierung zur Strukturreform im Gesundheitswesen (R. v. Decker, 1996; Hrsg.).